

AIDE A L'EMBAUCHE DU PREMIER SALARIE

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Décret n° 2015-806 du 3 juillet 2015 modifié par le décret n°2016-40 du 25 janvier 2016

Réservé à l'administration

N° d'enregistrement du contrat de travail :

dépt		année		mois		n° ordre		avenant			

L'EMPLOYEUR

Dénomination, raison sociale : SOPHROKHEPRI

N° SIRET : 81144541000012

Adresse :

Code NAF2 : 8690F

N° : 186 Rue ou voie : GRANDE RUE CHARLE DE GAULLE

Code IDCC : 9999

Complément d'adresse : _____

Code postal : 94130 Commune : NOGENT SUR MARNE

[Consulter la liste des conventions collectives](#)

 _____

Paiement par virement : **fournir un RIB de l'employeur (voir notice)**

Courriel : _____ @ _____

- Pour une première prise en charge, je déclare sur l'honneur ne pas avoir été lié à un salarié par un contrat de travail poursuivi au-delà de la période d'essai depuis au moins 12 mois.
- Pour une nouvelle prise en charge, je déclare sur l'honneur que le contrat de travail du salarié initialement recruté entre le 9 juin 2015 et le 31 décembre 2016 a fait l'objet d'une rupture anticipée pour l'un des motifs prévus à l'article 1 du décret n° 2015-806 du 3 juillet 2015 (rupture au cours de la période d'essai, retraite, démission, licenciement pour faute grave, pour faute lourde, pour inaptitude, décès).

Il ne doit être coché qu'une seule déclaration sur l'honneur

LE SALARIÉ

M. Mme. Nom de famille : NDONG ASSA

Numéro IDE : _____

Nom d'usage : _____

(Si salarié inscrit à Pôle Emploi)

Prénoms : MIKAEL STEPHANAS

Né(e) le : 06061990

Adresse du salarié :

À : PARIS

N° : 3 Rue ou voie : RUE DES BOURGUIGNONS

Département : 075

Complément d'adresse : _____

Si né à l'étranger, pays de naissance : _____

Code postal : 92270 Commune : BOIS COLOMBES

 _____

Courriel : _____ @ _____

LE CONTRAT DE TRAVAIL

Date de signature du contrat de travail : 01082016

Date de début du contrat de travail : 01082016

Date de fin prévue du contrat de travail (en cas de CDD) 29122017

Durée hebdomadaire de travail du salarié : 35 h 00 minutes

Durée hebdomadaire d'un temps plein dans l'entreprise : 35 h 00 minutes

L'employeur ou son représentant :

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande,
- déclare avoir pris connaissance des conditions générales figurant dans la notice en annexe et s'engage à les respecter,
- s'engage à tenir à disposition de l'ASP tout document permettant d'effectuer le contrôle de l'exactitude des déclarations,
- certifie sur l'honneur que cette aide n'est pas cumulée avec une autre de l'Etat à l'insertion, à l'accès au retour à l'emploi versée au titre du même salarié à l'exception d'un contrat de professionnalisation.

Fait à : NOGENT SUR MARNE, Le 29082016

L'employeur ou son représentant : (Nom et qualité du signataire - Cachet de l'entreprise)

**Pour que votre demande
soit recevable, vous
devez joindre la copie
du contrat de travail**